

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 96

Etude statistique des placenta prævia
à la clinique obstétricale
dans ces neuf dernières années
et traités par des procédés obstétricaux

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis LANDRIEU

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 20 Février 1906 à BAYONNE (Basses-Pyrénées)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

ÉTUDE STATISTIQUE des PLACENTA PRÆVIA
à la
CLINIQUE OBSTÉTRICALE dans ces NEUF DERNIÈRES ANNÉES
et TRAITÉS par des PROCÉDÉS OBSTÉTRICAUX

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
	PAVIOT
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILIARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRÉ
Chirurgie opératoire	FATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
MAZEL	DUFOURT	GATE	EPARVIER
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
CHALLIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALLIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président ; RHENTER, assesseur ;
BERNHEIM et EPARVIER, agrégés.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma reconnaissance infinie et de mon grand amour filial.

A MA FEMME

Je lui offre ce modeste travail, gage de ma très douce affection.

A MON FRÈRE EUGÈNE ET A SA FAMILLE

A MON FRÈRE PAUL

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Il nous a accueilli dans son service avec la plus grande bienveillance; il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse ; qu'il veuille bien trouver ici nos respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

Chef de Clinique obstétricale à la Charité

Il nous a donné le fruit de son expérience, avec ses conseils éclairés. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LYON

A TOUS MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ETUDE STATISTIQUE des PLACENTA PRÆVIA
à la
CLINIQUE OBSTÉTRICALE dans ces NEUF DERNIÈRES ANNÉES
et TRAITÉS par des PROCÉDÉS OBSTÉTRICAUX

Introduction

La complication la plus dramatique d'une grossesse, tant par ses manifestations immédiates que par un avenir incertain nous est donnée sans contredit par l'insertion basse du placenta.

Avec juste raison Commandeur pouvait dire que le placenta prævia doit être la hantise de quiconque s'occupe d'obstétrique, car on ne peut répondre ni de la vie de l'enfant ni de la vie de la mère.

Nous nous efforcerons dans ce modeste travail que nous a inspiré M. le Professeur Voron, et pour lequel M. Banssillon nous a prodigué ses conseils, de comparer la proportion des cas de placenta prævia avec le nombre d'accouchements sans incidents, et de noter les procédés obstétricaux auxquels on a eu recours.

Pour cela nous avons recherché les observations de placenta prævia observés pendant ces neuf dernières années, de 1922 à 1930 inclus.

Nous nous sommes surtout attaché à rapporter

dans leur intégrité les observations de cas ayant nécessité une intervention active, à la suite d'hémorragies graves ou répétées, nous contentant de rappeler brièvement les cas d'insertion basse suivis d'un accouchement spontané, ou pour lesquels la simple rupture des membranes a suffi à arrêter les phénomènes hémorragiques.

Nous établirons en premier lieu les statistiques :

1° De placenta prævia en général.

2° Des interventions en général, opposées aux cas simples qui n'ont nécessité aucune thérapeutique, et où une hémorragie de la fin de la grossesse ou du travail a fait penser à un placenta prævia, confirmé d'ailleurs par l'examen du délivre.

3° Des cas où la simple rupture des membranes a suffi.

4° Des cas où l'on a dû recourir à une manœuvre obstétricale plus complexe.

5° De la morbidité maternelle :

a) sans intervention,

b) après chaque catégorie d'intervention.

6° De la mortalité maternelle.

7° De la mortalité fœtale.

Puis nous discuterons les faits observés afin de juger si, dans certains cas, il n'aurait pas été préférable d'avoir recours à une thérapeutique autre que la thérapeutique employée.

Observations

OBSERVATION I

R... Jeanne, 27 ans.

Secondipare au 6^e mois de grossesse, entrée à la clinique obstétricale le 27 mars 1922, ayant eu une hémorragie abondante.

A l'entrée : température à 38°4. Pouls, 110. Au toucher, le vagin est plein de caillots, le col est haut, dilaté à 2 cm. Les bruits du cœur sont entendus dans le fond utérin. A 17 heures, sous anesthésie, on pratique un nouveau toucher : on sent le placenta inséré sur le bord droit du col. Présentation en S. I. D. P. On rompt artificiellement les membranes. Le pied droit est abaissé, et comprimant le col, arrête l'hémorragie.

L'extraction est faite 20 minutes après, sans incident. On retire un fœtus macéré de 1.400 grammes.

Délivrance artificielle d'un placenta de 460 gr. sans altérations.

Suites de couches sans incidents notables.

La malade sort dans un état satisfaisant, le 8 avril 1922.

N. B. — Le B. W. était très fortement positif.

OBSERVATION II

N... Eva, 32 ans.

Secondipare sans antécédents pathologiques.

Grossesse en 1920 : accouchement normal ; enfant bien portant. Entre à la clinique le 21 mai 1922. Grossesse de 7 mois et demi. Le dimanche précédent, 14 mai, première hémorragie, sans cause apparente. Dans la semaine qui suit, petits caillots dans l'urine. Le 21, nouvelle hémorragie obligeant son médecin à l'envoyer à la clinique.

A l'examen, on sent la tête mobile. H. U. = 29 cm. Les bruits du cœur sont entendus à droite.

Le lundi 22, la malade perd toujours légèrement.

Au toucher, col assez haut, dilaté à 11 cm. Le placenta est senti à droite sur le col.

Le 27 mai, à 10 heures, le suintement sanguin recommence. Vers 15 h., on constate l'expulsion d'un caillot de 300 gr.

A 23 h. 50, l'hémorragie devient très abondante. Sous anesthésie, on pratique un toucher révélant une dilatation à 4 cm. Le placenta couvre une grande partie de la région cervico-segmentaire ; il est décollé sur une assez grande surface.

On perfore les membranes ; on fait un Braxton-Hicks : le pied gauche est abaissé à la vulve sans difficulté.

La quantité de sang évacué au moment de l'intervention seulement, est évaluée à 1.400 grammes.

A 1 h. 30, la parturiente commence à pousser, le dégagement de la tête dernière se fait à 2 heures.

La délivrance artificielle est aussitôt pratiquée. Le délivre pèse 380 grammes. Il est de forme circulaire, peu épais, déchiqueté et présente sur la face fœtale trois infarctus blancs.

La perforation siège presque au centre du placenta. Il s'agissait d'un placenta central, presque total. La quantité de sang perdue par la malade ce dernier jour est évaluée à 2.000 gr. environ.

Enfant mort-né.

Suites de couches normales.

La malade sort le 11 juin, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION III

D... Louise, 35 ans.

Secondipare ayant présenté une grippe en 1921. Premier accouchement au forceps : garçon mort-né.

Elle est entrée le 2 juin 1922, à 13 h. 45, ayant eu le matin une hémorragie évaluée à un demi-litre environ. Elle est à 8 mois et demi de grossesse.

Le toucher pratiqué à l'entrée permet de percevoir une masse molle, grosse comme un travers de doigt ; on pense que c'est le placenta décollé. Présentation de l'épaule.

Après le toucher, elle perd 400 grammes de sang. A 18 h., un nouveau toucher révèle une dilatation à deux travers de doigt. Placenta à insertion presque centrale.

On décide de pratiquer un Braxton-Hicks ; le pied postérieur (pied gauche) est amené à la vulve. Une anse du cordon passe en même temps. La malade remise au lit présente des douleurs fortes, exagérées même, toutes les 5 minutes.

A 22 h. 30, douleurs expulsives, amenant à 22 h. 45 l'accouchement rapide d'un garçon mort-né de 3.000 gr.

La malade n'a pas saigné. On termine par une délivrance artificielle. L'observation ne signale rien quant à l'examen du placenta et des membranes. Insertion vélamenteuse du cordon.

Suites de couches satisfaisantes.

La malade sort le 17 juin 1922.

OBSERVATION IV

L... Joséphine, 33 ans.

Quintipare au 8^e mois de grossesse, ayant présenté une fièvre typhoïde à 12 ans. Diphtérie il y a 6 ans ; scarlatine l'année dernière.

Quatre accouchements antérieurs normaux. La malade s'est réveillée le 26 juin, ayant saigné abondamment. Elle est alors amenée à la Charité. (Elle avait déjà eu, fin mai, une légère hémorragie).

A l'entrée, le toucher pratiqué décèle un segment non constitué. Sur le col on sent un cotylédon.

Au palper, on sent la tête au fond de l'utérus : présentation du siège.

A 9 h. 45, hémorragie brusque de 600 grammes de caillots. Le sang inondant le drap est évalué à 800 grammes. On décide d'intervenir sur-le-champ.

L'étroitesse du col rend difficile l'abaissement du pied droit. Au cours de la manœuvre, quelques cotylédons sont extraits. L'hémorragie cesse.

A 10 h. 45, début des douleurs. A 11 h. 45, douleurs expulsives et la malade accouche en 10 minutes environ d'une fille mort-née de 2.500 grammes.

Délivrance 10 minutes après l'accouchement.

Un léger suintement sanguin persiste.

A 12 h. 30, le suintement continue ; la malade pâlit. On fait un tamponnement utéro-vaginal. Injection de 500 grammes de sérum glucosé. Toni-cardiaques. Malgré un traitement actif, la malade meurt à 1 h. 30.

D'après les renseignements fournis par son entourage, elle avait perdu le matin, chez elle, un plein bassin de sang.

En résumé, femme morte d'anémie aiguë.

La nécropsie révèle une déchirure latérale du segment inférieur, à droite, sur toute sa hauteur, jusqu'à l'anneau de contraction, mais sans ouverture large du tissu cellulaire du ligament large.

OBSERVATION V

G... Augustine, 25 ans.

Secondipare sans antécédents pathologiques. Premier accouchement normal : enfant de 3 ans bien portant.

La malade entre le 5 janvier 1923, à midi. Elle a présenté, il y a 15 jours, quelques pertes sanguines légères. Le jour de son entrée, vers 17 h. 30, la malade est prise subitement d'une hémorragie de 300 grammes environ. Le toucher montre un col dur, effacé, dilaté à 1 cm. Près du col, à gauche, on sent le décollement placentaire. La malade est transportée immédiatement à la salle d'opération, où elle continue à perdre des caillots volumineux. Après rupture artificielle des membranes, le professeur Commandeur fait un Braxton-Hicks, et dans les manœuvres pratiquées à l'intérieur il a l'impression de passer à travers un placenta plus ou moins perforé. Un pied est amené au dehors avec quelque difficulté.

L'hémorragie cesse à partir de ce moment.

A 18 h. 35, apparaissent de petites douleurs, non expulsives.

A 18 h. 45, douleurs expulsives.

A 21 h. 30, la malade pousse franchement, et à 23 h. 15 la hanche antérieure est dégagée ; le reste du fœtus suit presque aussitôt. Le cœur de l'enfant ne bat plus et on note deux circulaires assez serrés autour du cou.

Immédiatement après la sortie du fœtus, la placenta apparaît à la vulve sur 10 cm. ; le tout sort spontanément.

On avait affaire à un placenta prævia à insertion centrale (recouvrant tout l'orifice cervical). Placenta allongé et aplati sur le 1/3 de sa surface, jusqu'à la zone déchiquetée correspondant à l'effraction périphérique produite au cours du Braxton-Hicks. Poids : 360 grammes.

Suites de couches apyrétiques.

La malade sort le 20 janvier 1923.

OBSERVATION VI

B... Rose, 22 ans.

Secondipare, n'ayant présenté qu'une rougeole dans l'enfance. Premier accouchement normal. Enfant bien portant.

Entre directement à la salle de travail le 25 avril 1923, à 10 heures, au 8^e mois de gestation.

Grossesse sans incident jusqu'au 6^e mois. A ce moment (février 1923), survient une hémorragie spontanée, abondante (demi-litre). Vers le 15 mars, nouvelle hémorragie spontanée, d'égale abondance. Depuis, la malade a observé des pertes rouges peu abondantes, irrégulières. Le 23 avril survient une troisième hémorragie abondante, qui persiste la journée du 24 et la nuit du 24 au 25. La malade aurait perdu un litre de sang. Elle est alors envoyée d'urgence à la Charité. A l'examen, on reconnaît une présentation du siège. B. C. à droite. Toucher : col non effacé, non dilaté.

A midi 45, nouveau toucher : col non effacé mais dilaté à 2 cm. On sent le placenta.

A 18 heures, le col est à 6 cm. ; on y introduit deux doigts, et le membre inférieur droit est attiré à l'extérieur sans difficulté. La malade est assez agitée.

Vers 24 heures, l'hémorragie reprend. Le col est à 7 cm. et une portion du placenta, longue et large, pend dans le vagin à droite et en arrière. L'hémorragie s'arrête quand on a appuyé le pied sur cette portion placentaire.

Vers 9 heures du matin, les douleurs reviennent tous les quarts d'heure, assez faibles.

A 10 h. 30, injection de 1/2 cc. de pituitrine, qui déclanche 3 minutes après des douleurs durant 55 secondes. Elles deviennent dès lors plus fortes, plus rapprochées, expulsives.

A 11 h. 30, on pratique le dégagement : la tête dernière est dégagée par un Mauriceau. Enfant du sexe féminin, mort-né, pesant 2.800 grammes. Délivrance immédiate, simple. Le placenta, de forme ovale, pèse 570 grammes ; la partie qui se trouvait au-devant du col, longue de 6 cm., est presque détachée du reste du placenta.

Suites de couches fébriles, du 27 avril au 16 mai.

Le 18 mai, sortie avec état général satisfaisant.

OBSERVATION VII

G..., 36 ans.

Secondipare, sans antécédents pathologiques.

Premier accouchement normal. Enfant bien portant.

Entre à la salle de travail le 12 juin, à terme.

Avait présenté plusieurs hémorragies d'assez faible importance.

Vers 0 h. 30, la malade perd 800 gr. de caillots. On peut, en plus, évaluer à 400 gr. le sang tachant les draps. En tout : 1.200 grammes.

On décide d'intervenir.

Le toucher révèle un col presque complètement dilaté. On rompt la poche des eaux ; on fait un Braxton-Hicks, et le pied antérieur est abaissé à la vulve. L'hémorragie s'arrête.

L'opérateur, jugeant le col dilaté et très souple, tente la grande extraction du siège et termine par un Mauriceau un peu laborieux.

L'enfant naît en état de mort apparente, mais il est ranimé au bout de 30 minutes. Il pèse 3.330 grammes.

Délivrance artificielle sans incident. Mais le col présente deux petites déchirures latérales que l'on répare au catgut.

Le placenta, circulaire, pèse 570 gr. Il ne présente aucune altération.

Dans les heures qui suivent, les signes d'anémie persistent chez la malade, mais sans gravité.

Suites de couches fébriles.

La malade sort le 30 juin 1923, avec décharge.

OBSERVATION VIII

M... Elisabeth, 39 ans.

Quintipare sans antécédents pathologiques. Accouchements antérieurs normaux.

Elle entre dans le service le 18 juin 1923, enceinte de six mois et demi.

Une première hémorragie, abondante, s'est déclarée le 17 juin, à 17 heures. A 21 heures, nouvelle hémorragie moins abondante.

Le 18 juin, reprise d'une hémorragie ; elle est dirigée sur la Clinique.

Le 20 juin, elle présente toujours des pertes. On décide alors d'intervenir.

Sous anesthésie, le col permettant l'introduction de deux doigts, on abaisse le pied droit à la vulve. L'hémorragie cesse.

A 18 h. 30, douleurs expulsives. A 19 heures, l'expulsion du siège se fait spontanément. Après un léger Mauriceau, on extrait un fœtus vivant pesant 1.510 grammes, et dont le cœur bat faiblement. Sa viabilité paraît précaire. Il mourra quelques heures plus tard.

On fait la délivrance artificielle. Placenta légèrement déchiqueté, pesant 400 grammes.

La malade, dont les suites de couches furent satisfaisantes, sort le 7 juillet 1923.

OBSERVATION IX

G... Joséphine, 39 ans.

Quartipare sans antécédents pathologiques.

Accouchements antérieurs normaux.

Elle entre dans le service le 20 juin 1923, au 7^e mois de gestation.

Le 16, elle a présenté une première hémorragie, sans douleur.

Dans les jours suivants, petit suintement rosé.

Le 18, nouvelle hémorragie sans caillots.

Le 21, on fait un toucher. La dilatation est à 6 cm., les deux pieds passant au travers. Il s'agit d'un siège complet

en S.I.D. On abaisse les pieds et on attend la dilatation complète.

Vers midi, l'enfant est extrait avec trois circulaires du cordon autour du cou. Il est vivant et respire mal.

Vers midi et demie, mort de l'enfant.

Extraction simple du délivre. Placenta de 560 grammes, ne présentant aucune altération.

La malade sort le 6 juillet, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION X

B... Joséphine, 28 ans.

Secondipare, entrée le 22 novembre 1923, au 8^e mois de gestation.

A eu tout le long de sa grossesse des pertes rosées. Depuis lundi, 19 novembre, pertes plus abondantes.

Le 22, au matin, la malade est réveillée par une grosse hémorragie évaluée à 1 litre.

Depuis son entrée, elle a perdu environ 300 gr. de sang.

Le palper montre une présentation transversale. Les bruits du cœur sont normaux.

Au toucher : le col est largement perméable à deux doigts. On rompt artificiellement les membranes, et on abaisse un pied à la vulve avec quelque difficulté. L'hémorragie cesse.

A 18 h. 45, douleurs expulsives. B. C. toujours positifs.

A 19 h. 20, le siège sort spontanément. On termine par la manœuvre de Mauriceau. Accouchement d'un enfant étonné qui fait sa première inspiration au bout de 2 minutes. Il commence à crier au bout de 10 minutes.

Délivrance manuelle. Placenta ovalaire de 620 grammes, sans altération.

La malade a présenté après la délivrance deux ou trois syncopes, avec expulsion de caillots.

Dans les suites de couches, la malade de plaint de douleurs au niveau des membres inférieurs. Pas d'œdème.

L'examen du cœur révèle un souffle systolique.
Elle sort bien améliorée, le 21 décembre 1923.

OBSERVATION XI

D... Epse, 37 ans.

VII^e pare ayant présenté au cours des six grossesses antérieures, toutes terminées par un accouchement normal, un peu de dyspnée nocturne. Deux enfants morts, le troisième à 13 mois, d'une grippe; le cinquième à 26 mois, de broncho-pneumonie.

Entrée à la Clinique le 19 janvier 1924, ayant présenté la veille des pertes sanglantes très abondantes ayant duré une heure. Elle est au 7^e mois de gestation.

Le 5 mars, nouvelle hémorragie assez abondante.

Le 10, pertes très légères.

A l'examen, les B. C. fœtaux sont entendus.

Le 25, nouvelles pertes de 100 grammes sans contractions.

La malade est amenée sur la table d'opération. Le placenta est inséré sur le bord gauche. Après rupture artificielle des membranes, on introduit un gros ballon de Champetier. L'écoulement sanguin cesse.

Les bruits du cœur fœtaux restent lents (60).

A 12 h. 1/2, apparition de véritables contractions, régulières, toutes les 2 ou 3 minutes.

Vers 15 h. 30, accouchement d'un enfant mort-né de 3.370 grammes. Délivrance manuelle rapide. L'examen du délivre montre que la déchirure a porté sur les membranes. Encoche forte du bord du placenta au travers duquel a été placé le ballon.

Suites de couches sans incidents.

La malade sort dans un état satisfaisant, le 12 avril.

OBSERVATION XII

L... Benoîte, 39 ans.

Sextipare sans antécédents pathologiques.

Accouchements antérieurs normaux. Premier enfant mort à 3 semaines, de cause inconnue.

A présenté au 8^e mois de la grossesse actuelle, une hémorragie à la suite de laquelle elle entre dans le service le 18 juin 1924. Elle avait présenté depuis trois semaines plusieurs hémorragies. La malade paraît anémiée.

Aussi, à 18 heures, bien qu'aucune hémorragie nouvelle ne soit survenue, mais la malade paraissant très affaiblie, on décide d'intervenir.

Anesthésie à l'éther. Au toucher : le col est dilaté à 4 cm. ; on ne sent que du placenta. On rompt artificiellement les membranes. La main gauche introduite dans l'utérus saisit un pied qui est assez difficilement abaissé à la vulve. La malade ne saigne pas.

A 21 heures, on donne 1 gramme de quinine.

A 21 h. 50, on constate quelques douleurs très nettes, et à 22 h. 10, le siège se dégage spontanément. On termine facilement par un Mauriceau l'accouchement d'un garçon mort-né de 3.150 grammes.

Délivrance artificielle : le placenta pèse 560 grammes. Il est ovalaire, à bords déchiquetés.

Suites de couches fébriles.

Le 3 août, la malade sort dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XIII

B... Marie, 46 ans.

Septipare sans antécédents pathologiques. Les cinq premiers accouchements furent normaux. Pour le sixième, existence d'un placenta prævia ayant nécessité un Braxton-Hicks : enfant mort-né.

Cette femme, au 7^e mois de gestation, entre dans le service le 19 juillet 1924, pour hémorragie s'étant produite le matin, assez abondante, et qui persiste toute la matinée sans aucune contraction. On décide d'intervenir.

Toucher : col non effacé, perméable à deux doigts. Ceux-ci rencontrent le placenta obturant complètement l'orifice interne.

Sommet en O. I. G. ; B. C. +. Rupture artificielle des membranes. On fait un Braxton-Hicks séance tenante. On est obligé de perforer le placenta. Après 5 minutes de manœuvre on réussit à accrocher un pied qu'on abaisse à la vulve. L'hémorragie a cessé.

Apparition des douleurs un quart d'heure après l'intervention, très fortes : l'enfant est expulsé spontanément et rapidement, mort-né.

Suites de couches sans incidents notables.

Délivrance rapide et spontanée^e : placenta longitudinal, tout déchiqueté. Insertion du cordon presque vélamenteuse.

La malade sort dans un état satisfaisant, le 2 août 1924.

OBSERVATION XIV

L... Maria, 32 ans.

Quintipare, sans antécédents pathologiques. Accouchements antérieurs normaux : enfants bien portants.

L'observation très incomplète note quelques hémorragies de la grossesse.

La malade, enceinte de 8 mois 1/2, entre à la salle de travail le 26 juillet 1925. Après rupture artificielle des membranes on pratique un Braxton-Hicks. Accouchement d'un garçon mort-né de 2.650 grammes.

Délivrance artificielle.

Après un choc d'une exceptionnelle gravité, la malade meurt 11 h. 15 après l'accouchement.

(L'autopsie n'a pas été faite.)

OBSERVATION XV

A... Grivelta, 39 ans.

Sextipare, présentant actuellement une insuffisance mitrale
Tous les accouchements antérieurs furent normaux.

La malade entre à la Clinique le 17 septembre 1925, au 8^e mois de grossesse, accusant sa 4^e perte sanguine. Après une nuit bonne, elle expulse vers 6 heures du matin 100 grammes de caillots. Après un toucher pratiqué à 8 h. 30, perte abondante de 1.000 grames en 15 minutes.

On décide d'intervenir d'urgence. Rupture artificielle des membranes. On va à la recherche d'un pied : intervention assez pénible à cause de la faible perméabilité du col. Le pied est amené à la vulve ; la malade ne perd plus.

Vers 15 heures, premières douleurs assez fortes. A 15 h. 35, la dilatation est complète et l'expulsion se fait en 5 minutes. Naissance d'une fille légèrement étonnée, pesant 2.970 gr. L'inspiration se fait au bout d'une minute.

Délivrance spontanée, 10 minutes après. Placenta de 530 grammes, longitudinal, sans altération.

Le suintement persistant, on fait une injection d'ergotinine. A 22 heures, on fait 40 cc. d'huile camphrée. La malade passe une bonne nuit.

On soigne la malade pour son insuffisance mitrale. Elle sort le 24 octobre, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XVI

C... Hélène, 32 ans.

III pare, IV geste, sans antécédents pathologiques.

Première et cinquième grossesses terminées par une fausse couche. Deuxième grossesse terminée par un accouchement à 6 mois 1/2 : enfant ayant vécu 6 jours. B. W. : négatif.

Entrée à la Clinique le 25 mars 1936, enceinte de 8 mois, pour trois hémorragies ayant commencé vers le 6^e mois.

A l'entrée: H.U.=29 cm. Fœtus mobile en présentation du siège, B. C. +.

L'écoulement sanguin persistant, on décide de rompre les membranes et de pratiquer un Braxton-Hicks.

Anesthésie à l'éther. Le toucher montre un col souple, facilement dilatable pour permettre à deux doigts de passer et de sentir la moitié droite de l'orifice cervical oblitéré par le placenta. Le pied gauche est saisi et abaissé à la vulve. Le dégagement se fait quatre heures après. Enfant mort-né de 2.200 grammes.

Délivrance normale.

Suites de couches légèrement fébriles.

La malade sort en bonne santé le 18 avril 1936.

OBSERVATION XVII

N... Dolorès, 21 ans.

Secondipare sans antécédents pathologiques.

Premier accouchement normal. Enfant bien portant.

Entrée à la Clinique le 13 novembre 1926, au 8^e mois de gestation, ayant présenté la veille une hémorragie abondante. Elle aurait déjà présenté, il y a environ deux mois, une hémorragie, non douloureuse, sans cause apparente.

A l'entrée : B. C. +. Toucher : col mou, sans ébauche de dilatation.

Vers 1 h. 30, apparaissent les premières contractions, toutes les 5 minutes. Une heure après leur début, survient une abondante hémorragie de 600 grammes. On décide d'intervenir.

Sous anesthésie, on sent un vagin rempli de caillots. Le col commence à s'effacer ; il est perméable à deux doigts. On rompt les membranes et on abaisse un pied à la vulve. La malade ne saigne plus.

Vers 4 heures, les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Vers 5 heures, accouchement rapide, tête dernière, d'un enfant mort-né pesant 3.100 grammes.

Délivrance artificielle. Placenta ovalaire de 670 grammes, sans altération.

La malade n'a pas cessé de présenter un excellent état général. Elle sort le 20 novembre 1926.

OBSERVATION XVIII

G... Madeleine, 20 ans.

Tertipare ayant présenté dans l'enfance une rougeole et une scarlatine. Aurait toujours été anémiée.

Deux premiers accouchements prématurés, l'un à 6 mois et demi, l'autre à 7 mois et demi.

La malade, au 8^e mois de gestation, est envoyée à la Charité pour hémorragie. Elle aurait présenté le matin de son arrivée, une demi-heure après la rupture prématurée des membranes, une perte de sang assez abondante.

Un médecin lui aurait injecté, vers midi, de l'extrait d'hypophyse afin d'activer les contractions et d'éviter le retour des hémorragies.

A l'entrée, on note une contracture utérine très forte et permanente. On ne perçoit pas les bruits du cœur.

A 15 h. 15, sous anesthésie, on fait un Braxton Hicks. Le pied gauche est amené à la vulve. Mais un petit suintement sanguin et la contracture persistent. Devant l'état de choc, l'hémorragie et la contracture, on décide d'intervenir de nouveau. Après une tentative de Mauriceau infructueuse, on fait une cranioclasie qui permet de terminer l'extraction du fœtus.

Délivrance artificielle. L'observation ne note rien sur l'examen du placenta.

Dans les suites de couches, à noter à plusieurs reprises des douleurs utérines assez fortes.

La malade sort le 29 décembre 1926.

OBSERVATION XIX

C... Jeanne, 29 ans.

Secondipare ayant eu en 1925. une hémiplégié gauche, actuellement guérie. Spécificité certaine. Wass. = + +.

Premier accouchement normal : enfant vivant.

Elle est à peu près à terme.

Après une première hémorragie survenue le 25 décembre 1926, une deuxième se déclare le 13 janvier 1927, nécessitant son entrée à la Clinique. La perte de sang est estimée à environ 1.000 grammes.

Le 14 janvier, le toucher pratiqué permet de reconnaître un col dilaté à 5 cm. environ, dont l'orifice est complètement fermé par la masse placentaire. On décide d'intervenir immédiatement.

Sous anesthésie on fait un Braxton-Hicks. Malgré la masse placentaire les doigts atteignent les membranes, en avant, perforant celles-ci, et grâce à la manœuvre classique arrivent à saisir le pied gauche qui est abaissé à la vulve. L'hémorragie a cessé. Demi-heure après, apparition des douleurs régulières et sans interruption. B. C. fœtaux toujours perçus.

Extraction du siège assez simple. En pratiquant l'anse du cordon, on voit que celui-ci ne bat plus. On accélère la manœuvre et on met au monde rapidement un enfant qui présente dès sa sortie une inspiration, mais qu'il faut ranimer cependant pendant environ 20 minutes.

Délivrance artificielle. Placenta longitudinal, pesant 560 grammes. Membranes complètes. Point de rupture : sur le placenta.

Suites de couches fébriles, avec douleurs abdominales bilatérales. Quelques pertes sanguines. Le 29, on sent une masse du volume du poing, à droite et débordant l'utérus en avant.

A l'intervention, chez le Docteur Villard, on découvrira un volumineux pyosalpinx.

OBSERVATION XX

V... Adrienne, 34 ans.

Secondipare, près du terme, entrée à la clinique le 11 janvier 1927.

Comme antécédents pathologiques on note une rougeole, une coqueluche, l'appendicite. Varicelle ; scarlatine.

Premier accouchement au forceps avec déchirure du périnée.

Grossesse actuelle pas très bien supportée.

Fin novembre 1926, à 7 mois $1/2$, perte de sang, peu importante : hémorragie non douloureuse, sans cause apparente.

Le 7 janvier 1927, à 8 mois $1/2$, deuxième hémorragie plus importante. L'entrée à la clinique est décidée.

Dans la nuit du 13 au 14 janvier (à terme), une troisième hémorragie se produit, un peu moins abondante que la précédente.

On a une présentation en O. I. G. A. ; B. C. + à gauche.

Dans la nuit du 15 janvier, une quatrième hémorragie se produit avec 600 grammes de caillots environ.

On décide alors de pratiquer un Braxton-Hicks.

La dilatation est à 4 cm. On sent le placenta inséré sur la partie postérieure (marginal).

On rompt les membranes. La manœuvre d'abaissement du pied est rendue laborieuse du fait du volume fœtal.

Les douleurs apparaissent trois heures après. B. C. ne sont plus perçus.

A 8 heures, la malade éprouve des douleurs expulsives et l'accouchement se fait spontanément, sans Mauriceau. Enfant mort-né de 3.450 grammes.

Délivrance artificielle. Placenta ovalaire de 600 grammes, sans altération. Intégrité des membranes.

Suites de couches normales.

La malade sort bien portante, le 27 janvier.

OBSERVATION XXI

B... Jeanne, 23 ans.

Primipare, entrée le 27 mars 1927, au 7^e mois de grossesse.

On ne signale rien dans les antécédents pathologiques.

La malade a présenté le 18 mars une première hémorragie indolore ayant duré trois jours. Le 23 mars, dans la nuit, nouvelle hémorragie, plus abondante, qui dure encore et qui a nécessité son entrée à la Clinique, après tamponnement vaginal.

Au toucher : le col n'est pas effacé, mais il est perméable à la pulpe du doigt. On ne sent pas le placenta.

Le 27 mars, dans la nuit, nouvelle perte de 200 grammes.

Le 28 mars, le toucher décèle une dilatation à 5 cm. On perçoit au travers du col, le pôle inférieur de l'œuf qui paraît irrégulier et formé par le placenta.

On décide de placer un ballon entre le placenta et le col. Le ballon en place, l'écoulement sanguin cesse.

L'après-midi, vers 15 heures, les bruits du cœur fœtaux se ralentissent et deviennent irréguliers.

Vers 16 h. 30, les douleurs commencent. Les bruits du cœur fœtaux ont repris leur rythme plus rapide et plus régulier. Leur force a augmenté.

A 22 heures, ablation du ballon sous anesthésie. On dilacère les membranes et on abaisse à la vulve le pied antérieur. L'enfant est vivant. Mais étant donné qu'il est compromis, et que d'autre part, surtout, le col utérin, col de primipare, est très résistant et très aminci, faisant craindre une rupture probable au passage de la tête, on diffère l'extraction.

A 23 h. 30 : accouchement spontané terminé par Mauriceau, d'un enfant mort-né de 2.610 gr. Le placenta partiellement décollé, mais encore adhérent par une petite surface, est extrait artificiellement. Il est ovale, pèse 500 gr. et ne présente aucune altération.

L'état général reste bon et la malade sort le 12 avril 1927.

OBSERVATION XXII

C... Antonine, 34 ans.

Quintipare, entrée le 20 avril 1927, au 7^e mois de grossesse. Elle a présenté en 1918 une grippe avec pleurésie purulente.

Antécédents obstétricaux : travail long pour les accouchements précédents. Lors du dernier, en 1925 : hémorragie de la délivrance avec syncopes répétées. Quatre enfants vivants.

La grossesse actuelle a été troublée par deux ordres de faits :

1^o Une poussée de pyélonéphrite remontant à dix jours ;

2^o Des hémorragies.

Au cours du 2^e mois, elle a présenté deux petites pertes noirâtres, indolores.

Au début du 5^e mois : hémorragie importante avec gros caillots : 500 gr. environ. Séjour au lit.

Quinze jours après, la malade se lève et alors survient une troisième hémorragie aussi importante que la précédente.

Depuis dix jours, reprise de l'hémorragie avec douleurs. Cependant le faciès est bon, le pouls bien frappé.

A l'examen (11 heures) : on diagnostique une présentation du siège ; l'utérus est souple. B. C. + à 130.

Au toucher : orifice externe dur, perméable à la pulpe du doigt.

A 21 heures, le toucher montre un col rigide, perméable à deux doigts. Le placenta couvre l'orifice du col.

A 22 heures, on intervient sous anesthésie. Le col se prête à l'introduction de trois doigts. Abaissement du pied droit.

Entre minuit et 1 heure : syncope impressionnante. La malade n'a pas de douleurs. L'utérus est tendu.

La dilatation du col prudente, sous anesthésie, est pratiquée, et on fait la grande extraction. Enfant mort-né de 1.585 grammes.

Délivrance artificielle immédiate. Placenta de 390 grammes présentant une languette aplatie (celle insérée sur le col) avec une perforation, faite lors du Braxton-Hicks, et une masse épaissie, charnue, avec un gros caillot adhérent.

Dès que l'utérus a été évacué on assiste à une véritable résurrection de la malade, avec pouls bien frappé.

Suites de couches normales. Sortie le 23 mai.

OBSERVATION XXIII

M..., 33 ans.

Tertipare, dont les antécédents pathologiques et obstétricaux restent méconnus.

Entrée dans le service le 19 février 1928, à la suite d'hémorragies graves présentées depuis le 18 février au matin. Elle est au 8^e mois de grossesse.

A son arrivée, on retire le tamponnement vaginal, et il se produit alors une nouvelle hémorragie, abondante.

Le toucher décèle un placenta inséré marginalement à droite. Le col est effacé, dilaté à 1 cm. On rompt artificiellement les membranes.

A 14 heures, la malade continuant à perdre, on fait, sous légère anesthésie, la manœuvre de Braxton-Hicks, avec difficultés pour abaisser un pied. L'hémorragie a cessé ; les contractions apparaissent faibles, espacées de 15 minutes.

Accouchement spontané le 20 février, à 6 heures, après 15 minutes d'efforts expulsifs. Enfant mort-né, avec commencement de macération, et pesant 3.040 grammes.

Une heure après, délivrance par refoulement. Placenta très étalé, de 720 grammes.

Sortie le 5 mars 1928. Etat satisfaisant.

OBSERVATION XXIV

V... Jeanne, 27 ans.

Secondipare. Entre d'urgence à la Clinique le 24 mars 1928, à 10 heures du matin, au 8^e mois de gestation.

Premier accouchement normal.

Le 23, à 19 heures, elle a présenté une hémorragie très abondante, sans aucun signe de début de travail.

A minuit, persistance de l'hémorragie, avec apparition de douleurs violentes.

Le 24, à 6 heures du matin, dilatation à pièce de 5 francs. Devant la persistance de l'hémorragie, le docteur consulté pratique un tamponnement vaginal.

A son arrivée à la Clinique, la malade est dans un état d'anémie extrême. Le tamponnement est enlevé, et avec lui deux caillots du volume d'un œuf.

A l'examen : fœtus en O. I. G., tête assez haute, mobile. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. Col dilaté à une paume de main. Le placenta prævia central procède à l'orifice du col. On fait un Simpson, et le placenta décollé vient facilement.

Après craniotomie, on extrait un fœtus de 2.400 grammes.

Après injection de sérum glucosé, l'état général de la malade se transforme peu à peu. Mais, vers midi elle devient agitée, des phénomènes de choc s'installent, et après une injection de solucamphre et de sérum salé, suivi de sérum glucosé, la malade reprend peu à peu connaissance.

A 2 heures, nouveaux phénomènes de choc intense, foudroyant, aboutissant, malgré des soins énergiques, à la mort de la malade.

L'autopsie est faite. L'éviscération montre des organes absolument exsangues. Utérus intact avec col et segment inférieur non déchirés. Pas de sang et de sérosité dans le péritoine. A l'ouverture de l'utérus, on voit bien la zone placentaire occupant tout le segment inférieur.

OBSERVATION XXV

D... Rose, 30 ans.

Secondipare ayant eu une rougeole en bas âge.

Premier accouchement normal en 1925.

Grossesse actuelle vomissements pendant toute la gestation. Elle est à terme.

La malade a présenté une première hémorragie grave le 13 avril, vers 5 heures du matin.

Elle entre le même jour à la Clinique, à 11 h. 45.

A l'examen, le col est obstrué entièrement par le placenta. Fœtus en O. I. G.

On rompt artificiellement les membranes, et sous anesthésie, on fait un Braxton-Hicks. Sans trop de difficultés, le pied gauche est abaissé à la vulve. La malade ne perd plus.

Vers 15 heures, les bruits du cœur fœtal cessent.

A 15 h. 25, efforts expulsifs de la malade, qui aboutissent à 15 h. 35 à l'accouchement d'une fille mort-née pesant 3.250 grammes. Un léger suintement sanguin persistant après la sortie de l'enfant, on fait la compression de l'aorte.

Le placenta est expulsé par refoulement. Il est complet. Après injection iodo-iodurée intra-utérine, on retire des caillots pesant environ 700 grammes.

Suites de couches sans incidents.

La malade sort le 5 mai 1928, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XXVI

B... Marguerite, 37 ans.

Tertipare, à 7 mois 1/2 de gestation.

Arrivée dans le service le 2 septembre 1928, elle en est à sa cinquième perte depuis le 10 juillet. Fœtus en présentation du siège. B. C. +.

Revient dans le service le 15 septembre, parce qu'elle a perdu de nouveau.

Le 20 septembre 1928, elle perd de nouveau 200 grammes. On la mène à la salle de travail.

Toucher : col dilaté à 3 cm. On ne sent que du placenta. Il faut aller assez haut pour atteindre les membranes et les dilacerer. Le placenta décollé s'engage dans l'orifice du col. La malade ne perd plus cependant. La tête restant toujours haute, l'accouchement paraît impossible. M. Bansillon met,

à 9 heures, un ballon de Champetier, qui est expulsé quinze minutes après. On fait alors une version et l'enfant de sexe masculin et pesant 3.000 grammes est extrait vivant.

On complète manuellement le décollement du placenta, pesant 520 grammes, trilobé et morcelé sur le bord.

La malade sort en bonne santé, le 11 octobre 1928.

OBSERVATION XXVII

I... Ida, 34 ans.

Quintipare ayant présenté une grippe en 1918.

Les trois accouchements antérieurs furent normaux.

La quatrième grossesse se termina par un accouchement prématuré à 8 mois, d'un enfant mort de diphtérie à 5 mois.

Grossesse actuelle: la malade a perdu tous les mois à l'époque correspondant à ses règles.

Elle entre dans le service le 21 août 1929, à 19 heures, au 6^e mois de gestation, accusant de petites douleurs et disant avoir fait les eaux depuis le début des douleurs, vers 18 h. 30.

Au toucher : col perméable à deux doigts. On sent le placenta inséré sur la face postérieure, arrivant jusqu'à l'orifice du col. Vers 19 h. 30, la malade se met à perdre par jets. On fait alors sous anesthésie la manœuvre de Braxton-Hicks. Le placenta est en grande partie décollé et pend dans le col qui est perméable à trois doigts.

On décolle le reste du placenta, et on abaisse un pied sans difficulté. Expulsion, 5 minutes après, d'un enfant mort-né pesant 1.050 grammes. On complète la délivrance. Il ne restait qu'un lambeau de membrane. Une heure et demie après la délivrance, la malade perd de nouveau.

Malgré un traitement médical intense et l'intervention du chirurgien de garde qui pose une pince sur les artères utérines, la malade succombe 45 minutes après cette ligature, et 7 heures après l'accouchement.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION XXVIII

R... Pauline, 34 ans.

Quintipare, sans antécédents pathologiques.

Quatre premiers accouchements normaux.

La malade arrive dans le service le 2 octobre 1929, n'ayant pas de douleurs et n'ayant accusé aucune perte sanguine. La tête est dans le fond utérin. On essaie une première version par manœuvres externes, sans succès.

Le 4, à 1 heure, apparaissent de petites douleurs. La malade perd spontanément les eaux à 6 h. 15.

Au toucher, le placenta est perçu sur le bord du col qui est perméable à deux doigts. La malade se remet à perdre.

Sous anesthésie, on fait un Braxton-Hicks. On abaisse le pied gauche. Le fœtus est expulsé à 7 heures, mais il y a rétention de la tête dernière durant 30 minutes.

Enfant mort-né de 1.250 grammes. Le placenta pèse 260 grammes et ne présente aucune altération.

A 7 h. 30, la tête est expulsée ; le placenta suit l'enfant.

Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Suites de couches normales.

La malade sort en bonne santé le 13 octobre 1929.

OBSERVATION XXIX

V... Marie, 22 ans.

Tertipare sans antécédents pathologiques.

Les deux premiers accouchements furent normaux.

Elle a présenté une première hémorragie, fin septembre, traitée par le repos au lit durant 5 jours.

Le 13 octobre, nouvelle hémorragie. Une quatrième se déclare le 14, à 1 heure du matin. Début des douleurs vers 5 heures. Amenée dans le service à 9 heures, le palper montre

une présentation du sommet, mobile, avec bruits du cœur perçus à droite.

Au toucher, on sent le vagin rempli de caillots. La dilatation est de 6 cm. On ne sent que du placenta.

La tête vient appuyer sur le col ; mais comme la malade perd abondamment, on fait sous anesthésie un Braxton-Hicks, après rupture artificielle des membranes.

Expulsion rapide et spontanée d'une fille mort-née pesant 2.400 grammes.

Délivrance artificielle immédiate. Placenta ovalaire de 520 grammes, présentant une déchirure du 1/3.

Injection intra-veineuse de 1.500 gr. de sérum artificiel.

La malade a présenté des suites de couches fébriles : le 16, T. 39°5. Pouls à 110. Faciès infecté; albumine. Le 17, on fait un abcès de fixation.

La malade sort le 20 octobre, avec décharge.

OBSERVATION XXX

P..., 38 ans.

IX paré, dont les antécédents pathologiques restent méconnus, la malade ne parlant pas le français.

Deux enfants vivants.

Entrée à la Clinique obstétricale le 23 décembre 1921, au 8^e mois de gestation.

Peu après son arrivée elle se met à perdre brusquement environ 400 grammes de sang.

A l'examen, le col est perméable à un doigt. On sent le bord du placenta inséré à droite. On rompt artificiellement les membranes, et la tête semblant venir appuyer sur le col, l'hémorragie cesse.

Le 24, au matin, la dilatation n'est qu'à deux doigts. A 10 heures, on introduit un ballon de Champetier, qui est expulsé deux heures et demie après sans que les douleurs soient apparues.

Une dilatation à la Bonnaire est impossible sans dilacérer le placenta empiétant sur le col, et sans déterminer d'hémorragie. On refoule alors la présentation et par un Braxton-Hicks on abaisse facilement un pied à la vulve. La malade ne saigne plus. A 17 h. 30, le siège est expulsé spontanément, mais il y a rétraction du col sur la tête dernière.

On fait une craniotomie, et la malade recommençant à perdre, on fait la délivrance artificielle : placenta ovalaire de 500 grammes sans altération. Un suintement persiste ; on fait de l'ergotine avec compression utérine. L'hémorragie cesse après un tamponnement intra-utérin. La malade est en état d'anémie aiguë. On fait une auto-transfusion et une transfusion de 180 gr. La malade semble aller mieux, mais bientôt la respiration devient difficile. Elle succombe à 22 h. 40.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION XXXI

P... Marie, 34 ans.

IV pare dont on ne relève rien dans les antécédents pathologiques. Première grossesse gémellaire en 1921, les deux enfants étant morts à 7 mois de broncho-pneumonie. Après un deuxième accouchement en 1924, fille morte à 3 mois. Un garçon en bonne santé.

Entrée le 3 février 1930 pour placenta prævia.

Le première hémorragie s'est produite le 2 février, à 6 h. 30, a persisté par un suintement, pour devenir très abondante à 14 heures. Nouvelle hémorragie abondante à 1 heure du matin, le 3 février 1930.

A l'arrivée, le col est dilaté à 6 cm. On sent le placenta sur le col à gauche. Le fœtus est en présentation de l'épaule gauche, dos en avant. On rompt les membranes et on abaisse le pied droit à la vulve. La malade ne perd plus. Les bruits du cœur sont un peu irréguliers.

A 14 h. 30, le siège s'engage, et sous l'influence des efforts

expulsifs l'enfant est extrait sans incident. Il naît flasque, pâle, pèse 2.870 grammes et crie après cinq minutes. Vingt-cinq minutes après, la délivrance est faite par refoulement. Le placenta ovalaire, complet, apparaît par sa face maternelle. La perte sanguine est normale.

Suites de couches normales.

La malade sort le 15 février, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XXXII

P... Albertine, 32 ans.

Quintipare, ayant présenté une chorée à 9 ans.

Quatre accouchements antérieurs normaux. Enfants vivants, en bonne santé.

Entrée à la clinique le 16 mai (presque à terme), à la suite de petites hémorragies à répétition. Dans la nuit du 24 au 25 mai, nouvelle hémorragie, peu abondante.

A l'examen, le col mesure 2 cm. et il est perméable à un doigt. On ne sent pas le placenta.

Le 27 mai 1930, à 11 heures du matin, nouvelle perte de 100 grammes de caillots. A 8 heures, la malade perd spontanément les eaux. On sent le col perméable à deux doigts ; le placenta est perçu à droite et en avant. Il existe une poche amnio-choriale que l'on dilacère. Le placenta tend à s'engager dans le col. La tête est très mobile. On décide de mettre un ballon de Champetier qui détermine les douleurs. A 15 h. 30, expulsion spontanée du ballon. L'orifice externe du col est assez dilatable, mais l'orifice interne est resté dilaté à 5 francs.

Sous anesthésie, on fait un Braxton-Hicks : le pied droit est abaissé à la vulve. Malgré cela les douleurs sont rares.

A 19 heures, on sent le col résistant ; les bruits du cœur ont cessé. Dans la nuit du 27 au 28, les douleurs sont encore assez rares.

Le 28, à 10 h. 30, le col est dilaté à peu près complètement. Sous anesthésie on fait quelques tractions pour engager le

siège. A 11 h. 30, le fœtus est extrait mort-né, pesant 4.150 grammes.

Délivrance artificielle. Injection intra-utérine. Placenta ovulaire de 750 grammes, sans altération.

Dès lors on ne note plus d'incident, et la malade sort le 11 juin dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XXXIII

B... Jeanne, 27 ans.

Primipare sans antécédents pathologiques.

Entrée dans le service le 13 juin 1930, à 7 mois 1/2 de grossesse. Elle avait déjà présenté chez elle trois hémorragies.

A l'entrée, la tête est mobile en O. I. D., les bruits du cœur sont perçus. La malade perd de temps en temps, en assez petite quantité.

Le 28, elle expulse un caillot de 10 grammes.

Le 29, elle se met à perdre plus abondamment qu'à l'ordinaire. A 11 h. 30, on l'examine : le placenta est inséré à droite; on arrive sur les membranes à gauche. Col dilaté à 6 cm. On rompt artificiellement les membranes, la tête appuie mal, la partie du placenta décollé s'engage dans le col. La malade continuant à perdre abondamment, on fait un Braxton-Hicks, et un pied est abaissé à la vulve. Avec le pied sort le cordon qui est reporté le plus haut possible. La malade faisant des efforts expulsifs, le cordon sort de nouveau et ne bat plus.

L'expulsion spontanée du fœtus mort-né est terminée à 13 h. 45. Il s'échappe alors un flot de sang.

Délivrance artificielle. Placenta ovalaire, éraillé, pesant 630 grammes.

La malade est très pâle ; le pouls est petit, filant. On fait 800 grammes de sérum.

Suites de couches légèrement fébriles

La malade sort le 18 juillet, dans un état satisfaisant.

Nous rapporterons maintenant les 50 observations de placenta prævia entrant dans les cas simples n'ayant nécessité aucune thérapeutique, ou tout au plus pour lesquels la simple rupture des membranes a suffi.

OBSERVATION 1

Ch... Mélanie, 20 ans.

Primipare au 8^e mois de grossesse, entrée à la salle de travail le 6 février 1922.

Insertion basse du placenta.

Hémorragie du travail, nécessitant la rupture artificielle des membranes, la dilatation étant à 5 cm.

Enfant de 2.230 grammes.

Malade sortie le 4 mars 1922. Etat satisfaisant.

OBSERVATION 2

G... Juliette, 34 ans.

Primipare, presque à terme, entrée à la salle de travail le 16 février 1922.

Hémorragie au 9^e mois, due à une insertion vicieuse du placenta (latérale). Rupture artificielle des membranes.

Accouchement d'un garçon de 3.400 grammes, vigoureux.

Malade sortie le 28 février 1922, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION 3

R... Marie, 32 ans.

Tertipare, entrée dans le service au 8^e mois de gestation. N'a pas présenté d'hémorragie, malgré l'insertion basse du placenta.

Rupture spontanée, prématurée des membranes au 8^e mois.

Enfant, né vigoureux, de 1.800 grammes.

La malade sort le 20 janvier 1923, bien portante.

OBSERVATION 4

M... Jeanne, 29 ans.

Primipare au 7^e mois de grossesse à son entrée, le 15 avril 1923, à 22 h. 40.

Avait présenté le même jour, vers 18 heures, une hémorragie brusque, assez abondante. Pas de nouvelle hémorragie.

On rompt les membranes le 17, à 10 heures. L'accouchement est terminé à 11 h. 5. Enfant né vigoureux, de 2.130 gr.

Délivrance simple. Placenta ovalaire, de 460 gr., sans altération.

La malade sort le 22 avril, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION 5

H... Eulalie, 27 ans.

Primipare, à terme, le 11 mai 1923.

Au début du travail a présenté une hémorragie évaluée à environ 500 grammes. On dilacère les membranes et l'hémorragie s'arrête. Il est 20 heures.

A 23 h. 30, la malade pousse énergiquement et vers minuit l'accouchement est terminé. La malade perd assez sérieusement à ce moment. On fait la compression de l'aorte.

Délivrance par refoulement. Le placenta pèse 640 grammes et ne présente aucune altération.

Enfant né vigoureux, de 3,430 grammes.

La malade sort le 23 juin.

OBSERVATION 6

B... Rose, 31 ans.

VIII^e geste, sextipare.

Hémorragie assez abondante, au dire de la malade (3 litres).

Placenta prævia marginal.

Rupture des membranes le 26 août, à 10 h. 30.

Accouchement terminé à 15 heures. Enfant de 2.500 gr. vivant.

Délivrance spontanée. Placenta de 440 gr., sans altération.

La malade sort le 2 septembre 1923. Etat satisfaisant.

OBSERVATION 7

M... Louise, 34 ans.

Primipare ayant présenté des pertes sanguines assez abondantes au cours du 6^e mois. Quand elle entre dans le service, le 30 décembre 1923, elle est à 5 mois 1/2 de gestation.

Rupture spontanée prématurée des membranes quatre jours avant son entrée.

Elle accouche le 30, d'un garçon né vigoureux, de 1.300 grammes, présentant tous les caractères de prématuration.

Délivrance simple. Placenta ovalaire de 270 grammes, sans altération.

On soigne l'enfant jusqu'au 18 mars 1924, jour où sort la malade, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION 8

W... Marie, 40 ans.

XIV^e pare. Entre dans le service le 20 février 1924.

Accouchement spontané à 8 mois. Hémorragie au début du travail. Insertion vicieuse du placenta.

Rupture artificielle des membranes.

Enfant mort-né, de 2.130 grammes.

Placenta de 300 grammes.

Sortie le 10 mars, en bonne santé.

OBSERVATION 9

J... Céline, 19 ans. Primipare.

Entre dans le service le 1^{er} juillet 1924, près du terme.

A présenté, le 21 avril, le 23 mai et le 27 juin, des hémorragies peu abondantes, sans raison apparente

Rupture spontanée des membranes le 4 juillet, à 10 heures. L'accouchement est terminé le 4, à 15 h. 15.

Enfant vivant, de 2.910 grammes.

Délivrance par extraction simple. Placenta éraillé sur le bord, pesant 660 grammes.

La malade sort le 16 juillet, avec décharge.

OBSERVATION 10

P... Francisca, 39 ans.

Sextipare, entrée à la salle de travail le 20 août 1924, à terme.

Hémorragie du travail. Placenta prævia marginal. Rupture artificielle des membranes. Enfant né vigoureux, de 3.150 gr. Placenta sans altération de 590 gr.

La malade sort le 2 septembre.

OBSERVATION 11

P... Anne, 29 ans.

Primipare, à 7 mois 1/2 de gestation.

Hémorragie de la grossesse. Placenta prævia.

Rupture artificielle des membranes. Dilatation complète.
Résistance du cercle vulvaire. Incisions bilatérales.

Enfant vivant, de 2.110 grammes.

Délivrance simple. Placenta de 415 gr., sans altération.

La malade sort le 27 novembre 1924, en bonne santé.

OBSERVATION 12

M... Jeanne.

Tertigeste, secondipare, entrée le 20 octobre.

Hémorragies pendant la grossesse. Insertion basse du placenta. Hydramnios. Accouchement spontané après rupture spontanée des membranes. Enfant vivant, de 2.080 grammes.

Placenta de 520 grammes, sans altération.

La malade sort le 30 novembre 1924.

OBSERVATION 13

A... Elise, 37 ans. Août 1925.

Quintipare à terme. Insertion vicieuse du placenta. Ecoulement sanguin notable pendant la dilatation, nécessitant la rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète.

Enfant vivant, de 3.770 grammes.

Placenta cordiforme, de 580 grammes, sans altération.

OBSERVATION 14

V... Marie, 36 ans. Janvier 1926.

Sextipare à terme. Placenta marginé. Aucun accident du travail. Accouchement spontané en O. I. G. A.

Enfant vivant, de 3.920 grammes.

Délivrance par simple expression. Placenta rond, de 520 gr.

OBSERVATION 15

F... Jeanne, 22 ans.

Primipare, à 7 mois 1/2 de grossesse. Hémorragies pendant la grossesse, au début du travail, pendant le travail.

Grossesse gémellaire. Rupture hémostatique des membranes avec une dilatation de 2 cm.

Deux enfants vivants.

Placenta unique de 800 grammes, présentant un cotylédon atrophié sur le bord.

OBSERVATION 16

J... Marie, 38 ans. Avril 1926.

Sextipare à terme. Placenta prævia : une seule hémorragie pendant le travail. Puzos.

Enfant vivant, de 3.830 grammes.

Placenta ovulaire, sans altération, pesant 660 grammes.

OBSERVATION 17

G..., 34 ans. Mai 1926.

Quintipare, au 7^e mois de gestation.

Placenta prævia : hémorragies depuis le 5^e mois.

Rupture prématurée des membranes 27 heures avant le début des douleurs. Accouchement spontané en O. I. G. A.

Enfant vivant, de 1.700 grammes.

Placenta sans altération, de 440 grammes.

OBSERVATION 18

F... Célestine, 24 ans. Juillet 1926.

Primipare, à terme. Placenta prævia ayant nécessité un Puzos, à 2 cm. Enfant vivant, de 2.890 grammes.

OBSERVATION 19

S... Herminie, 40 ans.
Primipare. Placenta prævia. Rupture prématurée des membranes 16 jours avant l'accouchement.
Mort fœtale trois jours après rupture.
Délivrance artificielle.

OBSERVATION 20

S... Andrée, 25 ans. Octobre 1926.
Primipare. Placenta prævia. Puzos. Accouchement d'un garçon de 2.780 grammes, vivant.

OBSERVATION 21

B... Lucie, 21 ans. Novembre 1926.
Primipare, à 6 mois 1/2 de grossesse. Hémorragies de la grossesse. Placenta latéral. Rupture artificielle des membranes.
Enfant de 1.880 grammes, ayant vécu trois heures.

OBSERVATION 22

S... Noémie, 37 ans. Décembre 1926.
Secondipare. Placenta prævia. Présentation transversale.
Version à dilatation complète.
Enfant mort-né, de 3.700 grammes.

OBSERVATION 23

L... Marie-Antoinette, 31 ans. Janvier 1927.
Quartipare, à terme. Hémorragie au 7^e mois, de forme légère, due à un placenta latéral. Rupture spontanée des membranes à dilatation de 2 cm.
Enfant vivant, de 3.300 gr.

OBSERVATION 24

B... Lucienne, 17 ans. Janvier 1927.

Primipare, près du terme. Placenta prævia latéral. Première hémorragie au début du travail. Rupture spontanée des membranes

Accouchement spontané. Enfant vivant, de 2.400 grammes.
Délivrance normale.

OBSERVATION 25

G..., 36 ans. Mai 1927.

Quartipare, à 7 mois 1/2 de grossesse.

A présenté trois hémorragies chez elle. Pendant son séjour de un mois dans le service, les hémorragies ne se sont pas répétées.

Rupture spontanée des membranes, à dilatation complète.
Accouchement spontané d'un enfant vivant, de 3.700 gr.

OBSERVATION 26

S... Marcelle, 30 ans. Avril 1928.

Primipare, au 7^e mois de gestation.

Insertion marginale du placenta. Petites hémorragies de la grossesse.

Rupture prématurée des membranes, spontanée.

Accouchement spontané. Enfant vivant, de 1.950 grammes.

OBSERVATION 27

T... Maria, 20 ans. Juillet 1928.

Secondipare, à 7 mois 1/2 de gestation.

Accouchement prématuré spontané à 8 mois, après rupture spontanée des membranes. Enfant vivant, de 2.000 grammes.

OBSERVATION 28

G... Francine. Août 1928.

Secondipare, presque à terme. Placenta prævia marginal.

Accouchement spontané et prématuré à 8 mois 1/2, après rupture spontanée des membranes. Enfant vivant, de 2.830 grammes.

OBSERVATION 29

B... Elise, 31 ans. Août 1928.

Secondipare, à terme. Placenta prævia marginal. Rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané à terme.

Enfant vivant, de 3.000 grammes.

OBSERVATION 30

V... Anna, 20 ans.

Primipare, au 8^e mois de gestation. Placenta prævia latéral. Accouchement prématuré, spontané, après rupture spontanée des membranes. Enfant vivant, de 2.200 grammes.

OBSERVATION 31

R... Marie, 38 ans.

Secondipare, près du terme. Hémorragies des derniers mois de la grossesse. Insertion marginale du placenta. Rupture artificielle des membranes. Application de forceps devant l'insuffisance des contractions.

Enfant n'ayant vécu que quelques minutes.

OBSERVATION 32

L... Marie, 35 ans.

Quartipare, à 8 mois 1/2 de gestation.

Présentation de l'épaule sous la dépendance d'une insertion vicieuse du placenta (marginale). Version podalique et extraction immédiate de l'enfant vivant, de 2.950 grammes.

OBSERVATION 33

M... Marguerite, 38 ans.

Secondipare, près du terme. Insertion marginale du placenta avec hémorragies nombreuses durant la grossesse. Accouchement sans incident, après rupture spontanée des membranes. Enfant vivant, de 2.550 grammes.

OBSERVATION 34

M... Marie, 31 ans. Août 1928.

Quartipare, presque à terme. Placenta prævia. Présentation de l'épaule. Rupture artificielle des membranes. Version.

Enfant ayant vécu une heure.

OBSERVATION 35

G... Angèle, 37 ans. Mai 1929.

Sextipare à terme. Placenta prævia latéral. Rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané à terme.

Fille vivante de 3.150 grammes.

OBSERVATION 36

C... Anna, 24 ans. Juillet 1929.

Secondipare presque à terme. Accouchement spontané d'un

enfant de 2.860 grammes. Insertion marginale du placenta ayant nécessité la rupture des membranes pendant le travail.

OBSERVATION 37

G... Marie, 39 ans. Juillet 1929.

IX pare au 8^e mois de gestation. Insertion marginale du placenta, ayant nécessité la rupture artificielle des membranes à 8 mois.

Accouchement spontané. Enfant vivant de 2.380 grammes.

OBSERVATION 38

R... Pauline, 34 ans. Octobre 1929.

Quintipare. Accouchement prématuré à 6 mois 1/2, d'après le poids de l'enfant. Insertion vicieuse du placenta. Présentation de l'épaule. Version. Enfant mort-né.

OBSERVATION 39

H... Consolation, 25 ans. Octobre 1929.

Primipare au 7^e mois de gestation. Insertion basse du placenta. Accouchement prématuré, spontané après un Puzos.

Enfant vivant de 1.800 grammes.

OBSERVATION 40

C... Albertine, 21 ans. Novembre 1929.

Primipare à 6 mois 1/2 de grossesse. Accouchement prématuré, probablement à cause de l'insertion latérale du placenta.

Enfant mort-né.

OBSERVATION 41

P... Maria, 27 ans. Novembre 1929.

Secondipare. Placenta prævia marginal. Hémorragies à l'arrivée nécessitant un Puzos.

Accouchement spontané. Enfant vivant de 3.180 grammes.

OBSERVATION 42

M... Micheline, 30 ans. Novembre 1929.

Quintipare. Hémorragies au cours de la grossesse. Placenta prævia marginal. Rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané d'un enfant vivant de 2.950 grammes.

OBSERVATION 43

C... Marie-Louise, 29 ans. Décembre 1929.

Secondipare à terme. Insertion latérale du placenta. Petite hémorragie du travail arrêtée par la rupture artificielle des membranes.

Enfant vivant de 3.400 grammes.

OBSERVATION 44

M... Anaïs, 22 ans. Février 1930.

Primipare. Rupture prématurée des membranes, probablement dûe à l'insertion basse du placenta. Accouchement spontané d'un enfant de 1.900 grammes, vigoureux, quoique prématuré.

OBSERVATION 45

P... Francia, 24 ans. Février 1930.

Secondigeste, la première grossesse s'étant terminée par un avortement à 4 mois. Elle est à 7 mois 1/2 de gestation.

Insertion marginale du placenta. Rupture prématurée des membranes trois semaines avant l'accouchement spontané d'un enfant de 2.330 grammes.

OBSERVATION 46

E..., 38 ans. Février 1930.

Quartigeste au 6^e mois de grossesse. Insertion basse du placenta. Rupture prématurée des membranes. Accouchement d'un enfant de 1.000 grammes, ayant vécu 3 heures.

OBSERVATION 47

F... Marie-Louise, 29 ans. Mars 1930.

Secondipare à 7 mois 1/2 de gestation.

Placenta marginal. Hémorragies au cours du travail. Rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané d'un enfant de 1.600 grammes, mort au cours du travail.

OBSERVATION 48

M... Catherine, 26 ans. Avril 1930.

Secondigeste, le premier accouchement terminé par un avortement à 2 mois. Placenta inséré vicieusement.

Accouchement à terme, sans accident, après rupture spontanée des membranes. Enfant vivant de 3.150 grammes.

OBSERVATION 49

P... Joséphine, 24 ans. Mai 1930.

Tertigeste. La seconde grossesse terminée par fausse couche à 3 mois. Elle est au 8^e mois de gestation. Insertion basse du placenta avec rupture prématurée des membranes. Accouchement à 8 mois 1/4 d'un enfant vigoureux de 2.630 grammes.

OBSERVATION 50

B., 27 ans. Juin 1930.

Primipare à 8 mois 1/2 de grossesse. Placenta prævia marginal. Petites pertes sanguines à partir du 8^e mois. Rupture artificielle des membranes. Enfant mort-né de 2.500 grammes.

Etude statistique et observation des faits

Durant ces dernières années (1922-1930 inclus), 10.305 accouchements ont été faits à la clinique obstétricale de la Charité. Nous avons relevé 83 cas de placenta prævia, représentant un pourcentage de 0,80 %. On a été dans l'obligation de recourir 62 fois à des procédés obstétricaux, c'est-à-dire dans une proportion de 0,60 % par rapport au nombre total d'accouchements, avec un pourcentage de 75 % par rapport aux placenta prævia. 21 fois l'accouchement a pu s'opérer spontanément sans qu'on ait à intervenir, et seuls une hémorragie du travail, sans gravité, ou une rupture prématurée des membranes ont pu mettre l'accoucheur sur la voie d'un placenta prævia, confirmé d'ailleurs par l'examen du délivre. Ces cas représentent 25 % des placenta à insertion basse.

Fort heureusement il n'a pas été nécessaire d'avoir toujours recours à des manœuvres complexes et 29 fois la manœuvre de Puzos seule a suffi. Ce pourcentage de 0,78 % par rapport au nombre d'accouchements est de 34,5 % par rapport au nombre de placenta prævia. Ils entrent pour 47,5 % dans le nombre des interventions.

L'évolution clinique différente des placenta prævia nous a conduit à faire parmi eux la discrimination de ceux qui, par la gravité de leurs manifestations, ont obligé l'obstétricien à intervenir plus énergiquement. Une place à part devait être faite aux 33 observations que nous avons rapportées au début de cette thèse. Ces cas représentent 0,32 % des accouchements totaux et 29,04 % de la totalité des insertions vicieuses du placenta.

Quelques réflexions se dégagent de la lecture de ces 83 observations. On doit noter en premier lieu que les placenta prævia observés ne sont pas tous également graves, puisque dans les 2/3 des cas environ (50 sur 83) on n'a eu recours comme thérapeutique active, qu'à la simple rupture des membranes. A propos de ces cas, nous noterons immédiatement que l'on n'eut à déplorer aucun accident grave du côté maternel, et en particulier aucun décès. En ce qui concerne l'enfant, nous relevons 11 morts ; mais nous devons ajouter qu'elles ne se sont pas toutes produites pour les mêmes raisons. Nous remarquons que dans 5 cas, il s'agit d'accouchements prématurés entre 6 et 7 mois avec fœtus de viabilité légale mais non effective. Dans un autre ordre d'idées nous relevons que dans l'observation 19, la rupture des membranes s'était produite 16 jours avant l'accouchement, pouvant de ce fait prédisposer l'enfant à un certain degré de rétraction utérine préjudiciable pour sa vie. Dans 3 autres observations, nous notons 2 présentations transversales et 1 accouchement au forceps qui, dans

une certaine mesure, ont pu contribuer à la mort de l'enfant.

En conclusion, nous dirons que dans cette série de cas la léthalité fœtale est de 22 %.

En ce qui concerne les 33 observations du début, quelles furent les interventions pratiquées ?

Dans la majorité des cas on eut recours à la version de Braxton-Hicks (25 fois sur 33 cas observés), cette manœuvre ayant été pour ces 25 malades la seule thérapeutique mise en œuvre.

Toutefois, dans 4 autres cas on tenta la mise en place d'un ballon de Champetier qui se révéla insuffisant comme moyen hémostatique ou qui fut expulsé avec une dilatation insuffisante. Dans ces 4 cas on dut pratiquer secondairement la version de Braxton-Hicks.

Quels furent les résultats de cette thérapeutique ? Au point de vue maternel nous relevons 3 décès à l'occasion d'un Braxton-Hicks, 1 mort à la suite de la mise en place d'un ballon suivie de Braxton-Hicks, le dernier décès s'étant produit après un Simpson qui avait été marqué par des hémorragies graves (obs. XXIV).

Les causes de ces décès furent :

1° La rupture segmentaire et l'anémie aiguë obstétricale dans l'observation IV.

2° Une mort par choc grave (obs. XIV).

3° Anémie aiguë très grave (obs. XVII).

4° Dans l'observation XXX où l'on met en œuvre successivement le ballon de Champetier de Ribes et le

Braxton-Hicks, il s'agit encore d'un cas grave d'anémie aiguë post-hémorragique.

Nous pouvons donc établir ainsi le pourcentage de mortalité au cours de la version de Braxton-Hicks, soit seule, soit faisant suite à une autre thérapeutique comme s'élevant à 4,8 % par rapport au nombre des placenta prævia. Nous aurions ainsi un taux de 3,8 pour 1.000 accouchements.

A propos de cette manœuvre qui fut de beaucoup la plus employée dans ces dernières années à la clinique obstétricale de Lyon, quelle est la proportion d'enfants morts, et dans quelles conditions cette manœuvre permit-elle d'obtenir des enfants vivants ?

Le Braxton-Hicks étant appliqué seul, nous notons 5 enfants vivants. Toutefois, au passif du placenta prævia, sinon de la méthode, nous relevons dans l'observation VIII, un enfant extrait vivant, mais qui succomba dans les instants qui suivirent, et pour lequel la raison de sa prématuration peut être invoqué, cet enfant ne pesant que 1.510 grammes.

En ce qui concerne l'observation XV, l'accouchement spontané d'un enfant vivant se produisit seulement 40 minutes après l'abaissement du pied. Il s'agissait d'une grande multipare présentant un placenta à variété latérale. Il est certain que l'enfant dans ce cas particulier n'avait pas eu le temps de souffrir.

Quoiqu'il en soit, la mortalité fœtale par le Braxton-Hicks est extrêmement élevée, et notre proportion se rapproche des statistiques classiques. Aussi, on comprend aisément que les accoucheurs se soient ingénies à chercher d'autres méthodes qui ménagent

mieux les intérêts de l'enfant. Nous en discuterons plus loin.

En ce qui concerne l'emploi successif du ballon de Champetier et du Braxton-Hicks, nous relevons un cas où l'enfant fut extrait vivant, au cours d'un placenta d'insertion marginale.

A côté de ces méthodes, quels furent les autres procédés obstétricaux mis en œuvre dans l'insertion basse du placenta ? L'application d'un ballon et la manœuvre de Simpson furent mis en œuvre une seule fois chacune. Dans ces deux cas, l'enfant fut extrait mort-né. Dans deux autres cas, l'état des parties molles permit une extraction immédiate, nous donnant deux enfants vivants, mais dont l'un succomba assez rapidement, car il présentait 3 circulaires serrés, qui, selon toute vraisemblance, furent la cause principale de sa mort.

Il nous reste à discuter les résultats au point de vue maternel, indépendamment des cas de mort déjà envisagés. Et tout d'abord, on peut se demander si ces méthodes obstétricales furent suffisantes pour arrêter l'hémorragie. Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative, car parmi les observations que nous rapportons, il n'est pas fait mention d'un cas où l'on eut des craintes sur la survie des malades par continuation de l'hémorragie. Disons, cependant, que l'on crut préférable de pratiquer une délivrance artificielle précoce 21 fois sur 33 cas rapportés.

En ce qui concerne la morbidité chez ces malades, il se dégage un fait intéressant : C'est que, dans les suites de couches, on n'observe pas un seul cas de

mort par infection. Nous sommes incontestablement en présence d'une série heureuse où l'un des gros facteurs de mortalité, ainsi que Bard l'a précisé depuis longtemps, à savoir l'infection puerpérale grave des suites de couches au cours d'un placenta prævia, ne fut pas rencontré.

Par contre, on observa des suites de couches fébriles dans la proportion de 8 fois sur 33 cas, c'est-à-dire avec un pourcentage de 23 % par rapport aux 33 cas avec intervention active.

Si ces suites de couches fébriles furent déclenchées parfois sans cause apparente, nous relevons parmi celles qui restent un cas avec déchirures latérales du col, un cas avec douleurs des membres inférieurs, avec souffle systolique. Dans un autre cas, on doit invoquer la difficulté d'abaissement d'un pied. L'observation XIX nous rapporte enfin qu'on avait affaire à un volumineux pyosalpinx.

Notons enfin que sur les 33 cas signalés, la moitié environ se rapporte à des placenta de variété dite centrale ou plus exactement centrale partielle.

Il résulte de cette étude statistique que, dans les cas de placenta prævia centraux ou centraux partiels ayant eu plusieurs hémorragies au cours de la grossesse, il pourrait être opportun de pratiquer, au moment où l'on juge le volume du fœtus arrivé à un degré suffisant, une césarienne, surtout en ce qui concerne la survie de l'enfant.

Nous tenons cependant à mettre en évidence le fait suivant : Les méthodes obstétricales méritent d'être conservées dans tous les cas d'insertion latérale ou

marginale, ou même dans les cas de placenta prævia central partiel dont les phénomènes hémorragiques ne se sont accusés que pendant le travail.

Ces méthodes paraissent sauvegarder au maximum les intérêts maternels.

Il n'en reste pas moins vrai que le placenta prævia constitue une complication que l'on pourrait appeler chirurgicale de la grossesse et de l'accouchement, et que toute malade qui présente une aussi redoutable complication doit être transportée au plus tôt dans un milieu chirurgical où l'on pourra pratiquer au plus tôt toutes les interventions obstétricales ou chirurgicales nécessitées par son état. On ne traitera à domicile que les cas où l'hémorragie menaçante pour la vie de la mère nécessite une thérapeutique active immédiate.

La césarienne est appelée à rendre les plus grands services au cours d'un placenta prævia, dont elle constituerait même, tout au moins pour les formes graves, le procédé de choix au point de vue fœtal. Et dans un certain nombre de cas, on peut penser qu'elle sauvegarderait au maximum les intérêts maternels, surtout s'il s'agit d'un placenta prævia central, chez une malade ne présentant pas d'anémie aiguë hémorragique trop intense, qui sera donc en mesure de supporter le choc opératoire d'une hystérotomie. Il est certain que les procédés chirurgicaux à technique bien réglée paraissent moins aveugles que les méthodes obstétricales d'application souvent difficile.

Et sans vouloir faire un parallèle entre les méthodes chirurgicales et obstétricales dans le traitement du

placenta prævia, nous pensons que, du seul point de vue maternel, les méthodes obstétricales méritent d'être conservées toutes les fois qu'il s'agira d'insertion latérale ou marginale peu hémorragique chez des femmes jeunes, et toutes les fois qu'on aura des doutes pour une raison quelconque, sur la vie ou la viabilité du fœtus.

Par contre, les méthodes chirurgicales seront réservées aux cas où une insertion centrale partielle et la persistance des hémorragies pourraient faire craindre des complications graves du côté de la mère.

Conclusions

I. — Sur 10.305 accouchements faits à la Clinique obstétricale de la Charité, durant ces neuf dernières années (1922-1930 inclus), on compte 83 cas de placenta prævia, soit un pourcentage de 0,80 %.

II. — Il a fallu intervenir 62 fois, c'est-à-dire dans la proportion de 0,60 % par rapport au nombre total d'accouchements, et de 75 % par rapport au nombre total de placenta prævia.

III. — 21 fois, l'accouchement a pu s'opérer spontanément, et seuls la rupture prématurée des membranes ou une hémorragie du travail sans gravité, ont pu mettre l'accoucheur sur la voie d'un placenta prævia, confirmé par l'examen du délivre.

IV. — Sur 62 interventions, 29 fois la manœuvre de Puzos seule a suffi. Ce pourcentage de 0,28 %, par rapport au nombre d'accouchements, est de 34,5 % par rapport au nombre des placenta prævia. Ils entrent pour 47,5 % dans le nombre des interventions.

V. — Les 33 cas graves ayant nécessité une intervention plus complexe représentent 0,32 % des accou-

chements totaux et 29,04 % de la totalité des placenta prævia.

VI. — La mortalité foetale dans les 50 observations où l'on n'eut pas recours à une manœuvre complexe est de 22 %.

On ne relève que 8 survies d'enfant dans les 33 cas graves, soit un pourcentage de 23,5 %.

VII. — La morbidité maternelle, dans les cas graves est de 44 %.

La mortalité maternelle dans ces mêmes cas est de 15,1 %.

VIII. — Les méthodes obstétricales, dans le traitement des placenta prævia méritent d'être conservées, car elles paraissent sauvegarder au maximum les intérêts maternels.

En fait, le placenta prævia peut être considéré comme une complication chirurgicale de la grossesse, et ainsi la césarienne, tout en sauvegardant les intérêts maternels dans les cas graves, paraît représenter le procédé de choix au point de vue foetal.

Vu :
LE DOYEN, LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 21 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Observations	11
Etude statistique et observation des faits	53
Conclusions	61



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



